PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE DU NUMÉRO : Travaux originaux. Hôpital des Enfants-Malades. Service du Dr Bouchut. 3074. Traitement de la pleurésie par le jaborandi. — 3075. Des coagulations veineuses dans la pneumonie et de leurs conséquences. — Variétés. Mélanges. 3076. De l'action des anesthésiques sur les divers réflexes et surtout sur les réflexes tendineux. — 3077. Action du tabac sur les organes génitaux. — 3078. Hémoptysie parasitaire (gregarinosis pulmonum), par Baelz. — 3079. Anatomie pathologique de la paralysie et de l'encéphalopathie saturnines, par Monokow. — Sociétés savantes. — Compendium de thérapeutique française et étrangère. — Bibliographie. 3085. Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire, par le professeur S. Jaccoud. — Nouvelles.

AVIS AUX ABONNÉS

Ceux de nos abonnés dont l'abonnement a expiré le 1er juin, sont priés de nous adresser un mandat-poste pour le prix du réabonnement. — Dans le courant du mois de juillet, une quittance augmentée de un franc pour frais de recouvrement sera présentée à domicile.

Les Bureaux du journal sont transférés *rue de l'Odéon*, 16.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — CLINIQUE DE M. BOUCHUT.

Traitement de la pleurésie par le jaborandi.

3074. — Nous avons déjà publié plusieurs cas de pleurésie aiguë traités par l'infusion de jaborandi ou par le nitrate de pilocarpine. En voici un nouvel exemple. Il vient s'ajouter à ceux que différents auteurs ont déjà fait connaître.

Pleurésie aiguë; épanchement; guérison rapide; jaborandi.

La nommée Louis (Ernestine), âgée de 7 ans, entre le 5 février 1880, salle Sainte-Catherine, n° 11.

Cette enfant, de bonne santé habituelle, est un peu pâle; elle a perdu sa mère, il y a quelques années, d'une affection de poitrine, son père jouit d'une bonne santé.

Depuis le 3 février, elle a été prise de frissons, de fièvre, caractérisés par de la céphalalgie, des vomissements et une insomnie opiniâtre.

A la visite du soir, nous trouvons cette enfant entrée depuis le matin dans l'état suivant : elle est assise sur son lit, très oppressée et se plaint d'un violent point de côté dans le côté gauche de la poitrine. La température marque 38,2, le pouls est à 95.

Le lendemain à la visite l'état général est resté le même; le point de côté persiste, la nuit a été pénible à cause de la dyspnée.

L'examen de la poitrine fait avec soin par M. Bouchut permet de constater les phénomènes suivants.

Inspection. — Légère voussure du côté gauche de la poitrine.

Percussion. — Matité très étendue en arrière, dans toute l'étendue du thorax à gauche. En avant la percussion, sur la région sous-claviculaire gauche, permet de découvrir un skodisme très marqué.

Palpation. — Elle ne donne rien, sinon quand on force l'enfant à parler, une légère diminution des vibrations thoraciques à gauche.

Dans la région précordiale, le palper permet de constater que le cœur est refoulé à droite et bat en dedans du mamelon, la pointe à 1 centimètre du sternum.

L'auscultation démontre, à gauche, les signes d'un épanchement moyen. Diminution notable du bruit vésiculaire, léger souffle au niveau de l'origine des bronches, pectoriloquie aphone.

Dans le côté droit, légère exagération de murmure; mais pas de bruits morbides.

Ces phénomènes permettent à M. Bouchut de diagnostiquer : épanchement pleurétique du côté gauche.

Traitement. — Deux ventouses scarifiées.

Jaborandi : 3 grammes.

A la visite du soir nous trouvons une grande amélioration, l'état général est bon, la dyspnée a beaucoup diminué, la malade n'a plus de point de côté; elle a sué et craché un peu; l'épanchement n'a pas subi de modifications bien appréciables. Température 38°.

Le 7 au matin. La nuit a été bonne, la malade peut se coucher des deux côtés indifféremment. L'épanchement persiste mais n'a plus augmenté.

Jaborandi : 3 grammes.

Sudation, salivation, un peu plus abondante le soir ; à la visite, on entend un peu le murmure vésiculaire, dans la fosse supérieure, le cœur est un peu moins dense.

Le jeudi 8. A la visite, on constate que le murmure vésiculaire apparaît dans la moitié supérieure de la cavité gauche du thorax.

Jaborandi : 3 grammes.

Le murmure vésiculaire s'entend partout, sauf à la base et en arrière au niveau du cul-de-sac diaphragmatique. Le cœur est revenu à sa place normale. Etat général très bon. Température normale.

Jaborandi : 3 grammes.

Le 10. M. Bouchut nous fait constater que tous les phénomènes morbides et les bruits morbides ont disparu.

La guérison est complète le 11.

Toutefois on continue d'observer la malade jusqu'au 20 en lui donnant chaque jour 3 grammes de jaborandi.

Le liquide ne s'est pas reproduit et la guérison, constatée le 11, peut être considérée comme complète et confirmée.

Chez les enfants, l'action du jaborandi n'est pas tout à fait la même que chez l'adulte. La sudation est faible, en général très peu abondante et l'action qui se porte surtout sur les glandes salivaires se caractérise par une abondante salivation.

CLINIQUE MÉDICALE.

Des coagulations veineuses dans la pneumonie et de leurs conséquences.

3075. — L'histoire des thromboses veineuses est aujourd'hui assez complète depuis les travaux des médecins français, qui ont montré combien était fréquente la *coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques*. Mais à cette étude est venue se joindre comme

complément la description des embolies et des morts subites qui peuvent en résulter.

C'est une étude de ce genre, faite dans la pneumonie, qui fait le sujet d'une thèse récente de M. Valette où se trouvent six observations dont une qui est inédite et que voici :

Pneumonie lobaire aiguë gauche. Mort subite par embolie pulmonaire droite pendant la convalescence.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, ce malade avait eu un rhume violent : il crachait abondamment.

Le 3 janvier, en se levant, il fut pris d'un point de côté très douloureux, siégeant à gauche, d'un grand frisson, de vomissements et de vertiges, qui l'obligèrent à garder le lit. Ce même jour et les trois jours suivants, il eut des épistaxis répétées, mais peu abondantes. Cet état nécessite son entrée à l'hôpital le 5 janvier.

Le 6, jour où l'examen de ce malade fut fait, on trouvait dans le vase de nombreux crachats rouillés. La respiration était anxieuse et rapide, la face colorée et la fièvre très élevée (29° matin, 41° soir).

A la percussion : matité du côté gauche.

A la palpation on constatait que les vibrations thoraciques étaient à peu près normales, sinon diminuées du même côté.

Le poumon droit respirait mal dans toute son étendue. A l'auscultation du poumon gauche on trouvait du souffle tubaire, néanmoins peu accentué.

Diagnostic : pneumonie gauche, congestion pulmonaire généralisée :

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gr. 50; potion à l'extrait mou de quinquina; ventouses sèches, et dès le début quelques ventouses scarifiées pour combattre la douleur du point de côté.

Les jours suivants la maladie poursuit son évolution. Du 7 au 9 une défervescence progressive incomplète survient. Depuis ce moment la température oscille entre 37 et 38°. Amélioration considérable dans l'état général. Cependant à l'auscultation, le samedi 15 janvier, les signes physiques de la pneumonie persistaient encore (souffle, matité; *diminution* des vibrations thoraciques plus évidente que le premier jour).

Le dimanche 16, les vibrations étaient presque nulles : elles n'ont *jamais* été augmentées pendant tout le cours de la maladie. Dès le début on les a trouvées égales et même un peu diminuées, et dans les derniers temps très affaiblies et presque nulles.

Il existait aussi de la broncho-égophonie. Le souffle était plus doux que le souffle pneumonique.

Dans le poumon droit la respiration se faisait mieux que les jours précédents, mais elle n'avait pas les caractères de la respiration supplémentaire. Les crachats étaient toujours abondants, un peu purulents et rayés de stries sanguinolentes.

Le dimanche matin le malade se sentait très bien : le soir, il s'endort très paisiblement à une heure du matin.

Le lundi 17, l'infirmier de garde est appelé auprès de son lit. L... se plaint d'étouffer et crie : « J'étouffe! J'étouffe! » On applique des sinapismes, et cinq minutes après l'arrivée de l'interne le malade expire, la face pâle, la physionomie tranquille.

Autopsie. — Le 18 janvier, à l'autopsie, on constate qu'il existe dans les deux poumons, au sommet, à la base et au niveau du diaphragme, des adhérences pleurétiques ne constituant pas une symphyse, mais simplement des attaches de 2 à 3 centimètres de longueur.

Examen des organes. *Poumon gauche.* — Il existe une symphyse presque complète des deux lobes. La partie antéro-supérieure du lobe supérieur paraît normale; sur des sections transversales de ce poumon, on remarque que le lobe inférieur et le lobe supérieur dans une assez grande étendue sont durs, colorés en rouge brun, ne crépitent plus, c'est-à-dire sont encore en état de pneumonie. La surface du poumon est lisse; beaucoup de lobules sont colorés, hémorrhagiques même; quelques-uns sont plus pâles. Dans toutes les parties du poumon qui crépitent il existe une coloration d'un rouge vif, preuve d'une congestion pulmonaire intense.

Les bronches et les artères sont libres. La plèvre renferme de 120 à 150 grammes de sérosité sanguinolente.

Poumon droit. — En détachant le poumon droit, on rencontre à la section de l'artère pulmonaire, au niveau du hile, un énorme caillot sanguin oblitérant l'artère pulmonaire et ses principales branches. En sectionnant transversalement ce caillot, on voit qu'il est formé d'une concrétion sanguine roulée sur elle-même et composée d'une masse cruorique centrale et d'une lame de fibrine périphérique. Tout le parenchyme pulmonaire est d'un rouge vif fortement congestionné et crépitant encore.

Cœur droit : ventricule. — En ouvrant le ventricule droit, on trouve un gros caillot en boudin cylindrique, n'ayant aucune adhérence ni aucune intrication dans les piliers, couché dans le ventricule au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire et se prolongeant jusqu'au hile du poumon droit. Il n'y a pas d'autre caillot dans les piliers et le ventricule droit ne renferme qu'un peu de sang. Il est donc certain que ce caillot ne s'est pas formé dans le ventricule, mais qu'il y a été transporté. Sa section transversale nous le montre formé, comme celui du hile du poumon qui n'en est qu'un fragment, d'une masse cruorique centrale et d'une lame de fibrine périphérique, de couleur grisâtre, paraissant plus ancienne.

Oreillette. — L'oreillette droite ne contient aucun caillot et ne présente rien d'anormal.

Cœur gauche. — Intact.

Veine cave. — En poursuivant la dissection de ce vaisseau on trouve à la bifurcation des deux veines iliaques un caillot cruorique exactement construit sur le même type que celui du cœur droit. La périphérie est faite de fibrine un peu décolorée et le centre de sang brunâtre comme si le caillot avait été formé par une couche périphérique intra-veineuse, un peu ancienne, ayant déterminé une coagulation sanguine centrale plus récente. L'apparence des tuniques des deux veines est sensiblement la même, et l'examen histologique est nécessaire pour démontrer s'il y a endophlébite.

Ce fait d'une concrétion sanguine récente, ou datant d'un jour ou deux, n'avait donné lieu à aucun symptôme pouvant faire mettre sur la voie de la thrombose des deux veines iliaques (pas de douleur, pas d'œdème, pas de troubles de la circulation).

Les reins sont congestionnés, mais sains. Le foie est rouge et très congestionné. La rate est grosse, assez consistante.

D'après M. Valette, dans la convalescence de la pneumonie on peut voir se développer des coagulations veineuses.

Elles ont pour siège de prédilection les veines des membres inférieurs.

Elles apparaissent cliniquement sous la physionomie classique de la phlegmatia alba dolens.

Elles peuvent néanmoins ne donner lieu à aucun phénomène spécial susceptible de faire soupçonner leur existence et n'être diagnostiquées qu'à l'autopsie. Elles se terminent par embolie pulmonaire et mort subite; par septicémie; par la guérison.

En général les parois veineuses qui subissent leur contact

restent saines; cependant leur présence peut au bout d'un certain temps déterminer une phlébite suppurée.

L'infectiosité de beaucoup de pneumonies ne pourrait-elle pas être attribuée à la présence dans le sang de microbes qui seraient la cause active et intime du phénomène de la coagulation?

On sait en effet que différents médecins attribuent aux microbes qui se trouvent un peu partout dans les cadavres, notamment dans les voies aériennes, un rôle pathogénique spécial sur la production de la pneumonie infectieuse.

Ainsi le professeur Klebs, de Prague, « sur des cadavres de pneumoniques, pendant la saison froide, a trouvé d'une manière à peu près constante, non seulement dans le liquide bronchique, mais dans les parties profondes de l'organisme, notamment dans la sérosité ventriculaire du cerveau et en grande quantité, des organismes (monadines) dont il décrit longuement les caractères différentiels d'avec les microsporines (autre groupe des schistomycètes), lesquelles s'observent dans les affections septiques, dans le typhus et dans la diphthérie. Les monadines se rencontrent d'ailleurs d'une manière un peu banale dans les voies aériennes de cadavres d'individus ayant succombé à des maladies fort diverses; mais ce n'est pas d'après Klebs une raison suffisante pour nier leur action pathogénique; elles peuvent exister dans toutes les parties accessibles à l'air; ce n'est que si elles pénètrent dans l'organisme qu'elles déterminent des effets fâcheux. Dans quelques cas, Klebs pense qu'elles pénètrent par la voie intestinale. Les monadines causent non seulement des pneumonies, mais des néphrites, des hépatites, des endocardites, ainsi que semblent le prouver, d'une part, l'autopsie de sujets chez lesquels une de ces maladies coexistait avec la pneumonie, et d'autre part, quelques inoculations pratiquées dans la chambre antérieure de l'œil chez le lapin. A la seconde génération obtenue par la culture dans le blanc d'œuf, les monadines ont une action encore plus énergique, de même que les micrococci de la septicémie. »

Autant d'hypothèses que de mots et, comme sur ce terrain glissant il est difficile de s'arrêter, on est arrivé à dire que le ralentissement de la circulation aidant, la formation des caillots dans les veines serait le résultat de colonnes de microbes fixés sur la paroi ou dans la paroi de l'endothélium. Cela est facile à dire, mais il faudrait le démontrer.

VARIÉTÉS. — MÉLANGES.

3076. — De l'action des anesthésiques sur les divers réflexes et surtout sur les réflexes tendineux. — D'après le professeur Eulenburg de Greifswald les narcoses produites par l'inhalation des différentes substances médicamenteuses chez le lapin et le chien se comportent d'une façon tout à fait différente relativement à l'excitabilité réflexe. Celle-ci peut être augmentée ou diminuée. Il peut également exister des différences sensibles pour un réflexe ou un groupe réflexe donné. (Tendineux, périostique et aponévrotique, cutané, conjonctival, cornéen ou pupillaire). Ces différences peuvent être quantitatives et qualitatives; elles peuvent porter sur l'intervalle qui séparent les réflexes.

Abstraction faite des différences particulières on peut, pour l'action des anesthésiques, établir les types suivants :

1° Certains, le chloroforme par exemple, produisent au début une augmentation rapide de certains réflexes : (Réflexe rotulien chez le lapin et le chien), puis une diminution progressive et finalement une disparition. Dans ces conditions le réflexe rotuléen disparaît avant le réflexe cornéen. La disparition de ce dernier arrive en même temps que la myosis spasmodique. Par contre, quand on cesse l'anesthésie, le réflexe kératique survient beaucoup plus vite que le réflexe rotuléen. On observe exactement la même chose chez les personnes chloroformées. Chez l'homme le réflexe nasal dure beaucoup plus longtemps que le réflexe cornéen, observation tout à fait en rapport avec ce que Rosenbach a remarqué pendant le sommeil naturel des enfants. Le réflexe nasal ne disparaît que dans la narcose ou le sommeil très profond. La diminution ou la disparition du réflexe rotulien correspond à un stade d'anesthésie tout à fait suffisant pour les opérations chirurgicales.

2° Les autres anesthésiques, et en particulier l'éther et un certain nombre de combinaisons d'éthyle, produisent assez souvent une élévation énorme de certains réflexes (Tendineux, périosté, rotulien, tibial et pédieux chez les lapins). Ces accidents peuvent rendre assez longue l'arrivée de la narcose Le réflexe kératique n'est affaibli ou aboli qu'assez tard dans l'anesthésie par l'éther.

3° Les autres anesthésiques, et en particulier les combinaisons bichlorées, donnés par inhalation aux lapins et aux chiens amènent une diminution du réflexe, sans augmentation préalable, et encore, dans ces conditions, le réflexe cornéen cesse avant le réflexe rotulien. Par contre, ce dernier reparaît longtemps avant le réflexe cornéen. Liebreich a conclu de là que l'influence des substances en question s'exerce d'abord sur les nerfs sensibles de la tête. Ajoutons que, d'après les observations personnelles d'Eulenburg, le réflexe cornéen disparaîtrait quelque temps avant le réflexe rotuléen dans l'asphyxie.

4° D'autres anesthésiques et en particulier le bromure d'éthyle agissent peu et au bout de très longtemps sur l'action réflexe. Le réflexe rotulien cesse sans élévation préalable, à ce moment le réflexe cornéen notablement diminué n'est pas encore absolument aboli. Le bromure d'éthyle agit plutôt comme l'éther ; la manière dont se comporte le bromure d'ethyle doit être attribuée à ce que dans le sang alcalin, il se décompose et donne lieu à la formation de bromures métalliques solubles. Après l'inhalation de plus grandes quantités de bromure d'éthyle, le bromure alcalin métallique est éliminé par les urines.

Ces recherches démontrent qu'il n'existe ni corrélation absolue, ni rapport déterminé entre l'action des anesthésiques sur les centres psychomoteurs et sensoriaux et leur action sur l'appareil réflexe. L'énergie et la profondeur de la narcose ne sont en aucune manière proportionnelles à celles d'un réflexe ou d'un groupe réflexe. Les foyers d'action des anesthésiques sur les centres réflexes cérébraux ou spinaux sont certainement très différents pour chacun d'eux. On peut en dire autant à propos des hypnotiques et des sédatifs les plus ordinaires. La morphine donnée jusqu'à la dose de 0,5 agit peu sur les réflexes chez le lapin et le chien. Les injections de morphine données en même temps que l'on fait respirer des substances anesthésiques, n'altèrent l'action de ces dernières en aucune façon. D'ailleurs Eulenburg a remarquer que chez les morphiomanes, les réflexes tendineux étaient absolument conservés. L'hydrate de chloral donné en injections sous-cutanées à dose de 1,25 à 1,5 agit absolument comme le chloroforme sans élever ni diminuer les reflexes. Le rotuléen disparaît, le cornéen est affaibli mais persite néanmoins jusqu'à la fin. Le bromure de potassium (1 à 2 gr. en injection sous-cu-

tanée chez le lapin, produit une élévation puis une diminution du réflexe rotulien. Le bromure de quinine et l'hydrate de bromal agissent d'une manière incertaine. Les cas à terminaison mortelle doivent être exclus de l'observation. Quand la mort à lieu par asphyxie, le réflexe cornéen disparaît avant le réflexe rotulien, ce dernier ne cesse qu'immédiatement avant l'exophtalmos, la dilatation pupillaire, et les convulsions dyspnéiques terminales. (*Paris médical*, d'après *Centralblat f. med. Wissensch.* 1881, n° 6, p. 98.

3077. — Action du tabac sur les organes génitaux. — Mon élève et ami le Dr Jacquemart vient de publier sur ce sujet un travail intéressant d'où résulte ce qui suit :

Si les grands fumeurs sont réfractaires aux médicaments héroïques, on peut l'attribuer à l'état saburral des premières voies, à la dyspepsie, dont les personnes qui abusent du tabac sont coutumières. Comment admettre qu'un homme ait pu prendre (je garantis le fait) 35 centigrammes de strychnine par jour, sans en ressentir aucun effet? Il y a là certainement un état d'idiosyncrasie, dû à l'habitude excessive du tabac.

3e Obs.—Un jeune polytechnicien robuste, d'une bonne santé et d'une bonne hygiène, entre comme inspecteur à la manufacture de tabac. Au bout de quelque temps, il éprouve un affaiblissement considérable de l'activité génésique et devient impuissant. Le malade et le médecin tombèrent d'accord sur la cause probable de la frigidité; et, après l'essai infructueux d'un certain nombre de moyens toniques et stimulants, le jeune inspecteur se décida à quitter la manufacture pour une autre situation, où il ne tarda pas à retrouver son aptitude génésique.

4e Obs.—Madame G..., vingt ans, mariée depuis 1878, ouvrière à la manufacture de tabac. Bonne constitution, tempérament robuste, n'a jamais été malade, bassin bien conformé. Cette femme nous dit avoir de bonnes grossesses, sans aucun accident. Deux fois depuis son mariage elle est devenue enceinte. Les accouchements ont été des plus faciles. Chaque fois l'enfant est venu mort, à peine formé (trace de nicotine dans les eaux de l'amnios).

5e Obs. — Madame F.., ouvrière à la manufacture nationale, grande et forte femme, trois accouchements faciles depuis cinq ans. Le premier enfant est mort à huit jours. Le second était mort-né. Le troisième est mort au bout d'un mois. Nous connaissons le confrère qui a été appelé à donner ses soins aux enfants de la femme F... Il nous dit ne pouvoir s'expliquer la mort des enfants (trace de nicotine dans les eaux de l'amnios).

6e Obs. — Madame T..., ouvrière à la manufacture. Cette femme qui est forte et bien constituée nous dit être accouchée cinq fois facilement depuis onze ans qu'elle est mariée. Elle n'est pas surprise d'avoir perdu tous ses enfants au bout de quelques jours; car, dit-elle, *plus de la moitié de ses amies, ouvrières comme elle, sont dans le même cas*. . . . . .

Notre désir était de terminer ce travail par une statistique, faite par nous, dans les manufactures de tabac. Nous avons craint, en livrant ces chiffres à la publicité, de compromettre non seulement des amis, mais encore des personnes obligeantes, grâce auxquelles nous avons pu obtenir des renseignements utiles. Car, il faut le dire, le silence est la consigne inflexible de nos manufactures.

Nous avons tout d'abord interrogé les ouvrières et voici quelles sont nos constatations :

Dans 100 cas de grossesse, nous avons trouvé une moyenne de 45. p. 0/0 d'avortements ou d'accouchements prématurés.

15 p. 0/0 d'enfants morts quelques heures ou quelques jours après la naissance.

D'un travail comparatif auquel nous nous sommes livré nous pouvons conclure :

Que la mortalité est de 10 p. 0/0 plus grande, chez les enfants des ouvrières de nos manufactures *nourris par leur mère*, que chez les enfants *nourris par des étrangères*.

Nous avons relevé beaucoup d'unions stériles, environ 18 p. 0/0

On pourra nous demander communication de ce travail de statistique, qui démontre, d'une façon évidente, les tristes effets du tabac sur la procréation.

3078. — Hémoptysie parasitaire (gregarinosis pulmonum), par Baelz. — L'auteur l'a observée au Japon, et même découverte, sa nature ayant été méconnue par les médecins du pays. Du reste, il s'agit d'une maladie bénigne, causant à peine une légère toux, fréquente probablement, puisque dans la dernière année l'auteur en a observé douze cas. Les crachats sont d'un rouge sale, très visqueux; ils contiennent des parasites spécifiques que l'auteur considère comme appartenant aux grégarines, d'où les noms de *gregarinosis pulmonum* et de *gregarina pulmonalis seu fusca* qu'il propose. (*Centralb. f. d. m. Wissensch.*, p. 721, 1880).

3079. — Anatomie pathologique de la paralysie et de l'encéphalopathie saturnines, par Monokow. — Peintre de 56 ans, plusieurs attaques de colique de plomb, depuis des années paralysie des extenseurs de la main droite, troubles psychiques rappelant la paralysie générale progressive. Deltoïde droit moins saillant que le gauche et moins fort, atrophie des muscles extenseurs et de l'éminence thénar. A droite, du même côté, doigts en griffe, long supinateur, triceps et fléchisseurs intacts. Hémianalgésie gauche, sensibilité plutôt exagérée à droite.

Autopsie : Atrophie des lobes fronto-pariétaux et des pédoncules. La moelle cervicale paraît diminuer de volume et de consistance moindre, nerf radial droit moins gros que le gauche, ses branches un peu grisâtre; la myéline des tubes des nerfs se distribuant dans les extenseurs granuleuse; dégénérescence fibreuse de la plupart des fines branches nerveuses. Tronc des nerfs indemne, en régénération. Extenseurs commun des doigts et opposant du pouce atrophiés, d'un gris jaunâtre; radiaux et cubital postérieur, deltoïde droit atrophiés en partie; fibres musculaires primitives normales ou montrant une prolifération nucléaire, ou bien encore diminuées de volume, brisées, disparition des stries transversales remplacées par de nombreuses gouttelettes graisseuses; tissu conjonctif interstitiel, hypertrophié et graisseux.

Dans la moelle, à la hauteur de la sixième paire cervicale, corne antérieure droite diminuée d'un tiers, les cellules, surtout celles du groupe moyen, petites et ratatinées, jusqu'au niveau de la huitième paire cervicale, îlots de sclérose dans la commissure postérieure du groupe cellulaire droit moyen et dans les cornes postérieures de la moelle cervicale; en outre, petites hémorrhagies, altérations vasculaires, cellules-araignées nombreuses. Racines antérieures un peu diminuées de volume, mais non altérées. Les noyaux des huitième, neuvième, dixième, onzième, douzième nerfs crâniens plus ou moins atrophiés. La partie altérée de la moelle cervicale répond à l'origine du radial.

L'auteur conclut que la paralysie saturine est d'origine centrale; les altérations des muscles sont secondaires. (*Lyon médical* et *Arch. f. Psych.*, X. p. 495.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

3080. — Académie de médecine (24 mai). — *De l'abus du tabac.* — La société contre l'abus du tabac avait demandé au ministère d'être reconnue comme société d'utilité publique. M. Lagneau, chargé de faire un rapport s'est appuyé sur de nombreuses observations pour démontrer la fâcheuse influence du tabac sur la santé ; lorsqu'il est pris en excès, il a une action nuisible, non seulement locale mais générale, que le tabac soit pris en poudre par le nez, ou qu'il soit pris en vapeur, par l'action de fumer.

Les conclusions de M. Lagneau sont adoptées.

Traitement de la syphilis par l'administration simultanée du bichlorure de mercure et de l'eau sulfureuse de Luchon. — M. Lambron fait observer que, de tous les composés mercuriels, le bichlorure de mercure est celui qui fournit les meilleures combinaisons avec les eaux sulfureuses, et en même temps les plus curatives. Il conclut en disant que c'est à Luchon qu'il convient d'envoyer les syphilis graves, rebelles aux mercuriaux, réfractaires à tous les traitements employés. Une commission composée de MM. A. Fournier, Jungfleisch et J. Lefort est chargée de faire un rapport sur ce travail.

Rage, septicémie et charbon. — M. Colin, d'Alfort, commence la lecture d'un mémoire qu'il achèvera dans la prochaine séance, et dont nous donnerons une analyse.

3081. — Société de chirurgie (25 mai). — *Sylphilis héréditaire.* — M. Desprès présente un jeune homme de 19 ans, ayant des lésions que M. Lannelongue rattache à la syphilis et chez qui on n'a jamais constaté la moindre lésion syphilitique. Ce jeune homme a des gommes ulcérées et une fracture du coude non traitée. Pas d'antécédents syphilitiques dans sa famille. Son enfance a été malheureuse. A son entrée dans le service de M. Desprès, il avait des gommes et une périostose frontale. Le traitement consistera en iodure de potassium.

M. Lannelongue croit que les lésions dont est affecté le malade de M. Desprès doivent être rattachées à la syphilis, bien que M. Desprès n'ait pas constaté de trace de syphilis. Il y a chez ce malade une échancrure du voile du palais que ne signale pas M. Desprès.

M. Trélat partage l'avis de M. Desprès : ce n'est que de l'ostéomyélite.

A l'observation de M. Lannelongue sur la lésion du voile du palais, M. Desprès répond que M. Homolle a parfaitement a démontré que la scrofule se manifeste quelquefois chez les enfants par une sorte de lupus du pharynx.

Goitre exophthalmique; extirpation. — M. Tillaux a opéré le malade dont il a entretenu la Société à la dernière séance. Le malade va bien, respire facilement, avale mieux et voit mieux. Il l'a endormi avec 3 gr. de chloral et 45 gr. de sirop de morphine selon la formule de M. Trélat, administrés trois quarts d'heure avant l'opération.

M. Trélat rectifie la formule qui est :

Chloral. . . . . 4 gr.
Sirop de morphine. . 40 gr.

On pourrait augmenter un peu la dose de chloral; néanmoins M. Trélat préfère ajouter quelques inhalations de chloroforme.

Algidité dans l'étranglement herniaire. — M. Verneuil a reçu dans son service un malade trente six heures après le développement d'une hernie qu'on n'avait pu réduire par le taxis. Le malade était cyanosé et depuis longtemps souffrant; la température était de 36,2. Il fut endormi; on tenta le taxis qui ne fut qu'incomplet et c'est alors que M Verneuil fit la chélotomie. Il y avait dans le sac du liquide contenant des caillots et des bactéries. Avant l'opération, injection hypodermique de 20 gouttes d'éther. Le malade s'affaiblit peu à peu et après une dyspnée intense, il succomba trentre qautre heures après l'opération.

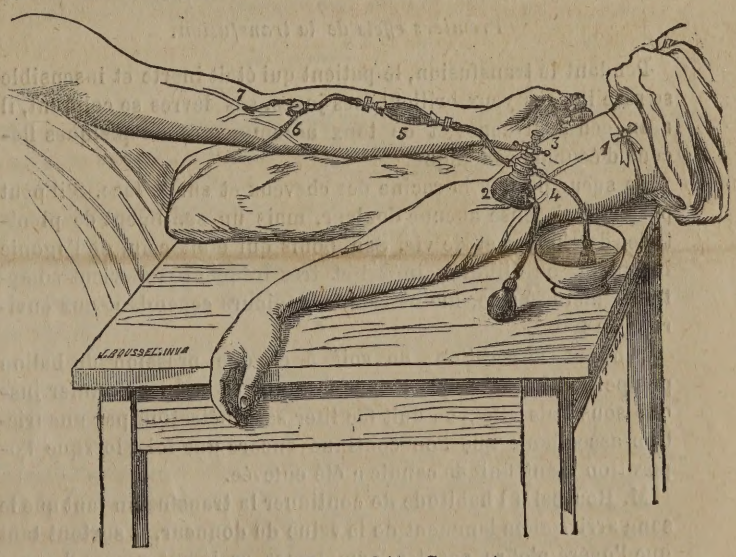
L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas de péritonite, que tous les organes étaient sains, excepté les reins qui présentaient les signes d'une néphrite prononcée. M. Verneuil pense que son malade est mort d'intoxication urémique. La présence des bactéries dans le sac est pour M. Verneuil une obligation de faire un lavage du sac.

M. Trélat rappelle que si, actuellement, ou donne de l'opium après la chélotomie, au lieu des purgatifs qu'on administrait autrefois, cette méthode est une importation indienne.

COMPENDIUM DE THÉRAPEUTIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

3082. = De la transfusion par le nouvel appareil de M. Roussel. — La transfusion directe et vraie à l'aide de sang naturel rend de si grands services dans les anémies suites d'hémorrhagies considérables, qu'il est bon de connaître les innovations importantes que l'on peut introduire dans la pratique de cette opération. Sous ce rapport, l'appareil de M. Roussel, de Genève, permettant de transfuser d'une personne saine à un malade du sang qui n'a pas subi le contact de l'air, et qui de la veine du prêteur passe directement dans la veine du moribond, mérite d'être connu.



Transfuseur Roussel (de Genève).
pour la transfusion directe de veine à veine du sang.

1. Veine du donneur de sang rendue turgide par une bande à saignée;
2. Ventouse annulaire posée sur la veine ;
3. Porte-lancette ;
3. Tube aspirateur d'eau chaude pour chasser l'air;
5. Ballon-pompe mesurant 10 grammes de sang ;
6. Tube branché pour l'issue de l'eau ;
7. Canule introduite dans la veine préparée du blessé.

Voici le procédé opératoire :

Manuel opératoire de la transfusion directe.

1. *Préparer la veine du patient*, la découvrir par la section d'un pli transversal de la peau, la dégager de l'aponévrose, la saisir avec une érigne ou une pince, et inciser un lambeau triangulaire soulevé par l'érigne. On peut aussi employer le petit dilatateur tranchant de Roussel, le plonger dans la veine et écarter les branches qui servent de conducteur à la canule.

2. *Poser la ventouse* au-dessus de la veine du donneur de sang rendue turgide par une bande à saignée ; préférer la médiane ou la céphalique loin de l'artère et bien visible ; marquer d'un point d'encre le point exact qui doit être saigné.

3. *Placer le porte-lancette* qui ferme le cylindre. Il faut auparavant avoir réglé au moyen de la vis micrométrique la saillie de la lame en dehors du cylindre selon l'épaisseur de la peau afin que la veine soit largement ouverte. La direction de la lame est donnée par les boutons de repère.

4. *Pomper l'eau chaude* pour chasser l'air jusqu'à-ce qu'elle jaillisse par la canule finale. J'ajoute à l'eau une petite dose de 2 p. 100 de carbonate de soude pour bien laver l'instrument.

5. *Insinuer la canule finale* sous le lambeau dans la veine du blessé, fermer la canule au moyen du clamp, le tube d'issue d'eau restant ouvert.

6. *Saigner le donneur de sang* par un coup sec sur la tête de la lancette.

7. *Fermer l'aspirateur d'eau*, chasser l'eau et le sang mêlé, par le tube d'issue, que l'on ferme lorsque le sang y apparaît pur.

8. *Transfuser.* — Le sang passe par la canule afférente, par doses de 10 grammes par chaque pression sur le ballon pompe jusqu'à 250 grammes en moyenne.

Enlever l'appareil, le laver de suite, placer des bandages en 8 de chiffre sur les bras des deux sujets, coucher chaudement l'opéré, lui donner du thé chaud au rhum. Ne pas s'effrayer d'un frisson plus ou moins violent.

Premiers effets de la transfusion.

Pendant la transfusion, le patient qui était inerte et insensible se réveille, ses yeux brillent, ses joues, ses lèvres se colorent, il a un peu de dyspnée et de toux accompagnée de quelques flocons d'écume bronchique.

La sueur perle à la racine des cheveux et sur la face. S'il peut parler il n'accuse aucune douleur, mais un sentiment de plénitude, de chaleur et de vie. Son pouls qui était celui de l'agonie insensible ou filiforme, inégal et très fréquent, redevient comptable, plein, ferme, moins rapide, toujours cependant aux environs de 100.

Pendant l'opération, on voit à chaque pression du ballon pompe, le sang progresser dans la veine et la faire onduler jusque sous l'aisselle ; on doit faciliter sa pénétration par une friction ascendante que l'on continue encore une fois, lorsque l'opération étant finie la canule a été enlevée.

M. Roussel a l'habitude de continuer la transfusion tant que le sang arrive abondamment de la veine du donneur, et surtout tant que l'opéré n'offre pas des symptômes vraiment graves de congestion et de dyspnée.

On envoie 6 ou 8 doses de 10 grammes, soit 80 grammes par minute, de façon à ne surcharger que de 1 gramme à peine chaque mouvement du cœur de l'opéré.

Les doses moyennes ont été de 180 grammes dans les cas non hémorrhagiques, et de 25° dans les hémorrhagies.

La transfusion est le plus souvent suivie, après 30 minutes, d'un frisson quelquefois violent et répété pendant 10 à 20 minutes, il est inoffensif. Il est bientôt remplacé par une sueur abondante et une grande chaleur qui amène un abondant sommeil qui se prolonge pendant une ou deux heures. Au réveil, le patient a besoin d'uriner et d'aller à la selle. La première urine est abondante, odorante, colorée et chargée de sel. L'appétit se manifeste et a besoin d'être largement satisfait, c'est le commencement de la convalescence. Tels sont les effets immédiats d'une transfusion parfaite, sur un sujet surpris en pleine santé par une hémorrhagie mortelle.

Anémie. — A la suite d'hémorrhagies traumatiques ou puerpérales, il est indispensable de faire la transfusion. De même, à la suite de certaines maladies graves, il arrive quelquefois lorsque la fièvre est jugulée et que la convalescence devrait commencer, que le malade se trouve dans un tel état d'anémie que l'hypoglobulie augmente sans cesse ainsi que la leucocythémie. Ce sang, dans lequel les globules blancs paraissent avoir augmenté à mesure que les globules rouges ont diminué de nombre, n'est plus capable de conserver au cerveau une excitabilité suffisante pour maintenir en activité les fonctions générales. Le malade ne se nourrit plus, l'autophagisme se déclare et le malade s'éteint dans la cachexie anémique à moins qu'il ne soit emporté par un accident intercurrent du poumon.

La transfusion est alors un moyen thérapeutique vraiment héroïque, elle remplace ce qui vient d'être perdu, et dans les anémies de convalescence, elle s'adresse directement au sang, elle lui fournit tout formés et bien vivants, les globules rouges qui lui manquent ; le cerveau, le poumon et l'estomac reprennent leurs fonctions et le retour à la santé marche rapidement.

Névroses. — Il est admis que bon nombre de névroses sont sous la dépendance de l'état du sang. La transfusion dans certains cas de névropathie-anémique, en donne la preuve directe, irréfutable. Une hystérie des plus graves accompagnée de douleurs terribles et de phénomènes paraissant incompatibles avec la vie, maladie crucifiant depuis dix-neuf ans une femme anémique, a disparu comme par miracle dès le jour d'une transfusion de 250 grammes. Je n'avais entrepris cette opération que sous toutes réserves et cédant aux instances de la malade qui déclarait préférer mourir aujourd'hui même, plutôt que supporter plus longtemps une telle torture.

Pendant la transfusion elle éprouve à peine un peu de dyspnée, d'effroi, de gonflement et de chaleur générale.

Dès le lendemain elle mange et elle dort, elle survit à une attaque de colère qui la saisit au seizième jour. Au bout d'un mois, elle part pour la campagne sans avoir eu une seule crise nerveuse.

Lypémanie. — Un jeune homme atteint de cette forme de démence générale qui amène la mélancolie stupide, la catalepsie et l'inconscience organique poussée jusqu'à l'incapacité de l'alimentation volontaire, véritable cadavre privé de tous le sens, inerte depuis plusieurs années, reçoit une transfusion de 300 grammes. Elle est à peine achevée qu'il se réveille, il voit, il entend, il parle et demande à manger, se lève, il veut partir ; il est parfaitement conscient.

Vingt jours après, Leidersdorf, le professeur de psychiatrie chez lequel j'avais opéré annonce cette incroyable guérison à la Société médicale ; il la publie, et lorsque les deux sultans deviennent successivement aliénés et qu'on appelle à Constantinople l'opérateur de la transfusion de Vienne, c'est Leidersdorf qui répond (*sic vos non vobis*). Une seconde fois, encore un autre a tiré tout le profit et m'a laissé le travail.

A l'hôpital Behthewen, de Londres, un aliéné exactement semblable au précédent, a reçu une transfusion de 160 grammes où l'effet sur l'état mental en a été bien marqué mais ne dura que quelques semaines.

A l'hôpital Saint-Luc, de Londres, une transfusion dans la lypémanie ne fut poussée qu'à 605 ; très peu d'effets. Question de dose.

Pourquoi ne tenterait-on pas une thérapeutique héroïque par la transfusion dans ces cas de névropathie que l'on avoue être absolument incurables.

Reste maintenant à savoir ce que vaudra le nouveau procédé de M. Roussel dans la pratique. On peut déjà le pressentir, car ce médecin a porté à notre connaissance 52 cas de transfusion opérés selon sa méthode. Voici les résultats :

Guéris	28
Prolongés	14
Non guéris	10
	52

C'est, comme on le voit, un résultat très encourageant.

3083. = Usage et abus du bromure de potassium. — Le Dr Fritz Klöpfel a fait connaître à la Société de médecine de Riga le résultat de recherches qu'il a faites sur le bromure de potassium, Il arrive aux mêmes conclusions que Klooz, relativement à l'action narcotique de ce médicament: Voici ce qu'il a observé sur lui-même. « A doses moyennes, il ne produit pas la narcose proprement dite, mais de la tendance au sommeil, une diminution de la puissance réflexe de l'encéphale, une sorte d'indifférence à l'action des impressions extérieures. Tout ce qui, en un autre temps, nous aurait frappé ou même aurait fait sur nous une vive impression passe absolument inaperçu. »

Ces phénomènes observés après l'injection du bromure de potassium sont dus uniquement à l'action du brome ; on ne les observe pas si l'on prend du chlorure de potassium.

On rencontre encore d'autres symptômes d'origine centrale, plus marqués si l'on porte les doses de 5 à 10 grammes. 1° L'abaissement, puis la disparition de l'excitabilité de la racine de la langue, du voile du palais ; de sorte, que le chatouillement de ces parties n'est plus suivie de réaction.

Il paraît inutile d'avoir recours à un autre produit qu'au bromure de potassium pour produire l'anesthésie dans les opérations qui se pratiquent sur le larynx. 2° Quand on porte la dose à 25 grammes, ces phénomènes se produisent pour toutes les muqueuses, même celles de l'urèthre et du vagin ; la conjonctive et la cornée deviennent également insensibles. 3° On a une anesthésie générale de la peau.

Outre l'abaissement de la sensibilité et la tendance au sommeil, on obtient une diminution de l'appétit vénérien. La respiration et les battements cardiaques sont ralentis, la température s'abaisse. Le bromure de potassium vaut mieux qu'aucun autre médicament contre l'épilepsie. On aurait tort cependant de le considérer comme infaillible. Ses enthousiastes eux-mêmes déclarent que pour obtenir avec lui une amélioration persistante, il en faut donner au moins 15 grammes par jour, et qu'il est indispensable de continuer ces doses trois ans au moins après la disparition des accès. L'auteur croit, d'après son expérience et celle de Brutzer, que ce moyen n'est pas applicable chez les vieux épileptiques, à qui il ne serait pas prudent de donner les doses nécessaires à cause des accidents qui pourraient en être la conséquence. Chez les individus jeunes, et surtout si la maladie est de cause périphérique (helminthiase, masturbation, troubles digestifs, dents, etc.), on peut espérer, quand on a enlevé la cause qu'on a réussi à faire cesser les accès par le bromure de potassium, obtenir une guérison définitive.

Il arrive parfois que chez les vieux épileptiques les accès cessent quand on commence le traitement, mais ils reparaissent aussitôt qu'on l'interrompt. Les épileptiques agités sont calmés par le bromure de potassium, il y a amélioration de l'état mental et diminution du nombre et de la quantité des attaques. Klöpfel emploie concurremment le bromure de potassium et le bromure d'ammonium à doses égales dans les psychoses épileptiques. Le même médicament est indiqué dans l'irritabilité, le nervosisme et l'insomnie des anémiques, des blessés ou des opérés.

Quand ces états s'accompagnent d'efforts, ou d'excitations psychiques, on obtient assez vite le calme et même le sommeil.

Dans les maladies mentales, le bromure de potassium est indiqué contre l'excitation qui revient presque périodiquement.

D'après l'auteur, il ne produirait rien contre le petit mal et les névroses hystériformes. Dans l'éclampsie des enfants, dans la frayeur nocturne, la chorée, etc., il peut rendre des services. Il est utile dans les accès de toux des phthisiques, parce qu'il anesthésie le voile du palais, le pharynx et le larynx. Le Dr Séguin, de Chicago, a le premier attiré l'attention sur un état morbide produit par l'abus du bromure de potassium et auquel il a donné le nom de bromisme. Il est caractérisé par la faiblesse des battements du cœur et du murmure vésiculaire, le catarrhe chronique de l'estomac, le refroidissement des extrémités, de la faiblesse générale ; il y a même souvent des troubles sensoriels dans l'idéation et la pronation, souvent une sorte de stupeur résultant de la diminution de l'impressionabilité. La marche est incertaine ; il y a du tremblotement des muscles, de l'incertitude des mouvements, de la mydriase et de l'inégalité des pupilles. Cet état s'accompagne d'impuissance chez l'homme, de troubles menstruels chez la femme. Outre l'acné bromique bien connu, on peut avoir par places des éruptions furonculeuses ; souvent dans ces conditions les troubles de la motilité coïncidant avec une déchéance mentale rapide font croire à la paralysie générale ; on arrive au diagnostic en insistant sur les commémoratifs (*St-Pet. med. Wochenster*, 1880 et *Memorabliez*, 1881, p. 111.)

3084. = Elongation des nerfs pour guérir l'anesthésie lépreuse. — Un coolie indien, âgé de 30 ans, fut reçu, le 30 novembre 1880, à l'hôpital Mayo, de Lahore, pour une lèpre anesthésique. Des places insensibles existaient au tronc et aux membres, bien marquées surtout aux mains, dans l'aire du nerf cubital, ainsi qu'aux jambes et à la face dorsale du pied. Les mains avaient perdu toute force, au point que, depuis six mois, il avait dû renoncer à son travail.

Le sujet étant chloroformé, on soumit à l'élongation les deux nerfs cubitaux et les deux nerfs sciatiques. Ces nerfs étaient épaissis, et le nerf sciatique fut trouvé adhérent au fascia du biceps.

L'amélioration ne tarda pas. Son premier signe, noté par le malade lui-même, fut le retour de la force dans les mains, retour si prompt que, en peu de jours, cet homme put reprendre son travail. A sa sortie de l'hôpital, le 13 décembre, ce résultat demeurait acquis ; et la sensibilité était recouvrée, quoique incomplètement, dans tous les points précédemment anesthésiés. (*The Lancet*, 12 mars, p. 413.)

BIBLIOGRAPHIE.

Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire, leçons faites à la Faculté de médecine par S. Jaccoud, professeur de pathologie médicale, etc., Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1881, 1 vol. in-8. Prix : 10 fr.

3085. — De toutes les maladies qu'on observe à Paris, la phthisie pulmonaire est assurément la plus fréquente : c'est elle qui fait le plus de victimes. En 1878, par exemple, d'après les statistiques municipales, il y a eu 8,479 décès par la phthisie, c'est-à-dire en moyenne, pour Paris, 23 décès par jour, 424 par an et par arrondissement et 106 par quartier. Sur 100 décès, il y en a 17,72 par phthisie. Les mois qui ont fourni le plus grand nombre de décès sont les mois de mars, avril, mai et novembre.

On comprend qu'en présence d'une maladie si commune et donnant une telle léthalité, le praticien se demande s'il y a autre chose à faire qu'à se croiser les bras ou à donner quelques palliatifs. M. Jaccoud en a jugé autrement, et il a fait en 1880-81 des leçons qu'il a réunies en un volume de près de 500 pages.

Le point de départ de M. Jaccoud est celui-ci qu'il formule ainsi depuis 1869 : « La diathèse tuberculeuse est essentiellement constituée par l'insuffisance de la nutrition, ce terme étant pris dans son sens physiologique le plus étendu. »

Pour lui, la caséification, ainsi que la genèse du tubercule vrai sont un processus de débilité. Toute irritation sur le larynx, les poumons, les bronches, peut faire éclore le tubercule, ou bien provoquer des poussées inflammatoires.

Avec MM. Grancher, Charcot, Thaon, M. Jaccoud admet l'unité anatomique de la phthisie pulmonaire, et c'est le microscope qui a permis d'établir ce point d'anatomie pathologique. La dualité clinique n'est qu'apparente. Admettant aussi ces principes émis et démontrés par M. Grancher, que le tubercule a une tendance naturelle à devenir fibreux, qu'il est soumis à deux processus opposés (une évolution caséeuse au centre, une évolution fibreuse à la périphérie), M. Jaccoud n'a plus qu'à se mettre à la recherche du *processus* curateur. C'est là son objectif; c'est le but de son livre.

Il y a plusieurs variétés de phthisie; il y a une phthisie héréditaire, une phthisie innée, une phthisie acquise. Parmi celles-ci, les unes sont scrofuleuses, les autres sont arthritiques, ou herpétiques, ou diabétiques; M. Jaccoud n'admet pas la phthisie syphilitique.

S'il est des données fournies par l'étiologie, il en est d'autres qui sont fournies par la forme anatomique, selon qu'on est en présence de la phthisie à forme commune, ou de la phthisie pneumonique, ou de la tuberculose miliaire aiguë.

Dès sa quatrième leçon M. Jaccoud aborde la question du traitement. Deux leçons sont consacrées au traitement prophylactique, qui est la période de l'action médicale puissante et féconde.

M. Jaccoud expose, avec le plus de détails possible, le traitement de la phthisie commune, ses règles hygiéniques, le régime que doivent suivre les malades, la médication qui leur convient et il passe en revue tous les agents habituellement prescrits, en en faisant connaître les indications et les contre-indications. Ce sont : l'huile de foie de morue, la glycérine, l'arsenic, la créosote, l'alcool, la quinine, l'acide salicylique, le bromhydrate de quinine en injections, les antimoniaux, etc., etc. Puis quand la période inflammatoire a laissé la place à la période caverneuse, le traitement est tout autre. Il s'agit de chercher la dessiccation des cavernes, par la médication interne, par l'atmiatrie, par les inhalations phéniquées, benzoatées, etc., etc.

Le traitement thermal et le traitement climatérique terminent cet ouvrage.

Ce qui distingue le livre de M. Jaccoud de ceux qui traitent du même sujet, c'est qu'il parle et écrit *de visu*; il a vu toutes les stations d'Europe; il connaît celles de la Grèce aussi bien que celles de la Norwège, que celles d'Asie et d'Afrique. Les données météorologiques ne suffisent pas; le médecin doit être au courant des conditions sanitaires, des conditions hygiéniques, des ressources respectives des différentes stations. C'est ce qu'a voulu connaître le professeur et c'est ce qu'il expose avec la plus grande compétence.

Nous empruntions, en commençant cet article bibliographique, les lamentables résultats de la statistique municipale; après avoir lu le livre de M. Jaccoud, on emporte une pensée consolante, c'est que la phthisie n'est pas fatalement mortelle, c'est qu'elle fait partie des maladies que le médecin peut guérir.

NOUVELLES.

— Par décret en date du 21 mai 1881, M. le docteur Relhié, maire de Cahors, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour l'adjuvat près la Faculté de médecine de Paris s'est terminé le lundi 23 mai 1881 et ont été nommés : 1° *Aides d'anatomie* : MM. Bayette, Walther, Verchère, Delapersonne, Leclerc, Pousson, Berne et Guinard. — 2° *Aides provisoires* : MM. Tuffier, Chaput, Clado et Damelix.

— Les médecins et chirurgiens titulaires et suppléants des hôpitaux de Paris seront désormais représentants de l'état civil, et appelés officiellement à constater les décès dans les établissements hospitaliers auxquels ils appartiennent.

— *Mortalité à Paris.* — Population d'après le recensement en 1876, 1,988,806 habitants, y compris 18,380 militaires. Population probable de 1881 : 2,020,000. — Du vendredi 20 au jeudi 26 mai, les décès ont été au nombre de 1,106. Ils sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde, 39.—Variole, 21.—Rougeole, 15.—Scarlatine, 15.—Coqueluche, 15.—Diphthérie, Croup, 33.—Dysentérie, 1.—Erysipèle, 8.– Fièvre puerpérale, 5.—Méningite, 42.—Phthisie pulmonaire, 171.—Tuberculose, 17. —. Autres affections générales, 55. —Débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 94.— Entérite de l'enfance, 56. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92;— de l'appareil circulatoire, 61; — de l'appareil respiratoire, 62; — de l'appareil digestif, 38; — de l'appareil génito-urinaire, 29; — de la peau et du tissu lamineux, 2. — Os et articulations, 6.—Morts violentes, 37.— Causes non classées, 8. —Nombre absolu de la semaine, 1,006.

Résultats de la semaine précédente : 1,102.

Vient de paraître.

COMPENDIUM-ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE du *Paris médical*, renfermant tous les faits intéressants de la thérapeutique française et étrangère, publiés dans l'année précédente.

La première année, 1880, formant un volume in-8°, est en vente à 2 fr. 50 au bureau, et sera donnée en *prime* au prix de 1 franc pour les *abonnés* du journal, mais, dans l'un et l'autre cas, il y aura 25 cent. en plus si l'on veut un envoi par la poste.

Le Propriétaire-Gérant : Dr BOUCHUT.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de médec., rue M.-le-Prince, 31.
A. Davy, successeur.